

Trois cas de Paralysie Spinale infantile à début anormal

(Forme Pseudo-Coxalgique)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

Le 15 Septembre 1939

par

JEAN ETIENNE

Externe des Hôpitaux de Montpellier

né le 6 Juillet 1915 à Nice (Alpes-Maritimes)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

MM. MASSABUAU, Professeur, *Président*.
RIMBAUD, Professeur.
MARGAROT, Professeur.
AIMES, Professeur,

} *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1939

Trois cas
de Paralysie Spinale infantile
à début anormal
(Forme Pseudo-Coxalgique)

**Trois cas de
Paralysie Spinale infantile
à début anormal
(Forme Pseudo-Coxalgique)**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

Le 15 Septembre 1939

par

JEAN ETIENNE

Externe des Hôpitaux de Montpellier

né le 6 Juillet 1915 à Nice (Alpes-Maritimes)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. MASSABUAU, Professeur, <i>Président</i> . RIMBAUD, Professeur. MARGAROT, Professeur. AIMES, Professeur,	}	Assesseurs
-----------------------------	---	--	---	------------

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HÉDON
Chimie biologique et médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.....	BAUMEL.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	GIRAUD.
	RIMBAUD.
Clinique chirurgicale.....	MASSABUAU, <i>assesseur</i>
	RICHE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, <i>doyen</i>
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge.....	
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	BOUDET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MARGAROT.
Clinique des maladies des voies urinaires	ETIENNE.
Clinique gynécologique	JEANBRAU.
Clinique ophtalmologique	LAPEYRE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	DEJEAN
Radiologie (ch. de c.).....	TERRACOL.
Anatomie (ch. de c.).....	LAMARQUE.
Histologie (ch. de c.)	LAUX.
Propédeutique chirurgicale (ch. de c.).....	GRANEL.
	AIMES.

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TÉDENAT, FORGUE, ESTOR,
BERTIN-SANS GALAVIELLE, BOSCH, VIRES, VILLARD, CABANNES.
GRYNFELT.

Chargés de cours complémentaires

Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES
Médecine opératoire	ROUX, <i>agréé</i> .
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, <i>agréé</i> .
Accouchements	CADÉRAS DE KERLEAU
	<i>agréé</i>
Clinique phthisiologique.....	VIDAL, <i>prof.</i>
Pathologie médicale et clinique propédeutique médicale.....	N...
Clinique propédeutique médicale.....	P. RIMBAUD, <i>agréé</i> ,
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON, <i>prof.</i>
Stomatologie.....	D ^r FERRIER, <i>ch. de c.</i>
Histoire naturelle médicale	HARANT, <i>agréé</i> .

Agrégés en exercice

Médecine. MM. P. RIMBAUD.	Chirurgie.....	MM. MOURGUE-MOLINES
BOUCOMONT.		GUIBAL.
BERT.		ROUX.
		TRUC.
Urologie, TRUC.	Chimie.....	MONNIER.
	Bactériologie.....	CARRÈRE.
	Parasitologie	HARANT.
	Obstétrique	CADÉRAS DE KERLEAU

Examinateurs de la thèse

MM. MASSABUAU, *Prof., Prés.*
RIMBAUD, *prof.*

MM. MARGAROT, *professeur.*
AIMES, *professeur.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS .

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

AVANT-PROPOS

Cette thèse n'est pas celle que nous aurions voulu présenter ; les circonstances actuelles nous ont mis dans l'obligation de désirer obtenir très rapidement pour satisfaire à certaines exigences des règlements militaires, le grade de Docteur en Médecine.

La haute bienveillance de la Commission administrative des Hospices, de l'Administration de la Faculté et de nos Maîtres nous permet d'accomplir, avant de répondre à l'ordre de mobilisation, ce qu'il est coutume de considérer comme le dernier acte de scolarité. Mais, si nous avons la bonne fortune de revenir, nous espérons bien redevenir l'Etudiant que nous sommes.

Que l'on veuille bien nous excuser si nous ne nommons point ceux envers qui, pour des raisons diverses, nous avons de la reconnaissance. Qu'ils soient assurés que nous gardons fidèlement dans notre mémoire le souvenir de leurs bienfaits.

INTRODUCTION

La thèse que nous présentons a pour point de départ trois observations prises dans le service de Chirurgie Infantile et Orthopédie.

Dans ces trois cas de paralysie spinale infantile, au cours d'une première phase clinique, l'attention a été attirée sur l'articulation de la hanche (douleur, limitation des mouvements, boiterie).

La paralysie, typique dans ses autres caractères, n'est apparue qu'en second lieu. Son début a été insidieux, son évolution vers l'aggravation, progressive, son arrêt et sa régression nettement obtenus dans les deux cas traités par la thérapeutique employée (radiothérapie rachidienne, électrothérapie sur les muscles et nerfs des membres intéressés).

Ce sont ces trois cas que nous rapportons et que nous étudions brièvement.

Notre thèse et pour cause, ne comporte pas d'Index bibliographique. Du reste le peu de temps dont nous avons disposé ne nous aurait pas permis de faire une bibliographie complète et correcte de la question.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Observation I

C... Christian, âgé de 3 ans et 4 mois, entre le 26 septembre 1934, dans le service de Chirurgie Infantile et Orthopédie pour boiterie unilatérale gauche et douleur localisée dans la hanche et la cuisse gauche.

La mère qui l'accompagne déclare qu'il aurait commencé à boiter il y a une huitaine de jours, sans traumatisme préalable aucun, sans signe apparent de maladie infectieuse quelconque. Aucun traitement n'a été fait pendant ces huit jours.

Examen. — Aucune modification importante dans l'aspect extérieur du membre inférieur gauche ; pas d'attitude vicieuse apparente, pas d'atrophie musculaire, pas d'abaissement du pli fessier.

Les têtes fémorales sont à leur place, la percussion sur le grand trochanter et sur le talon (de façon à projeter la tête fémorale contre le fond de la cavité cotyloïde) réveille une légère douleur.

La tête fémorale gauche paraît sensible au palper. La mensuration ne montre pas de raccourcissement.

Les mouvements de l'articulation du cou-de-pied sont normaux ; les mouvements actifs du genou gauche paraissent limités et légèrement douloureux, les mouvements passifs ont conservés toute leur amplitude.

Les mouvements actifs de l'articulation coxo-fémorale sont limités et réveillent de la douleur dès qu'ils arrivent à mi-course, les mouvements passifs montrent une limitation nette de l'abduction et de la flexion.

Ces deux mouvements réveillent une douleur que provoque également la mise en extension totale de la cuisse sur le bassin.

L'examen des autres segments du membre inférieur ne révèle absolument rien d'anormal tant en ce qui concerne la motricité que la sensibilité, la trophicité ou la réflectivité.

Toucher rectal négatif.

L'examen attentif des autres appareils ne permet de noter par ailleurs aucune autre lésion.

A noter : micropoly-adénopathie pas plus marquée à gauche qu'à droite.

Cet enfant a deux sœurs actuellement en bonne santé. Il a été nourri au sein durant 10 mois et dans ses antécédents on ne relève qu'une coqueluche.

Mais il est à noter qu'il est de père inconnu et que les renseignements donnés sur la mère laissent supposer que les sœurs ne sont pas du même père.

Il a été impossible à ce moment-là de prélever du sang maternel pour faire faire les différentes réactions.

C'est seulement le 10 avril 1935 que cet examen complémentaire pourra être fait.

En présence du tableau clinique que nous venons d'étudier, le diagnostic est orienté tout naturellement vers la possibilité d'une lésion intéressant l'articulation de la hanche.

Un examen radiographique est demandé, en voici le compte rendu : les radiographies des hanches et des genoux ne permettent pas de voir d'image pathologique nette ; à signaler simplement une légère décalcification au niveau de la tête fémorale gauche. On note de plus un léger pincement articulaire et la rupture de l'arc cervico-obturateur.

Cet examen radiographique fait envisager la possibilité d'une coxalgie au début, mais les symptômes ne sont pas suffisamment nets pour affirmer ce diagnostic.

Dans le doute, le traitement mis en œuvre est le suivant : extension continue ; frictions mercurielles ; application générale de R. U. V.

Après un mois et demi de traitement l'état de l'enfant paraît s'améliorer ; il reste encore une certaine limitation des mouvements et au cours d'un essai de marche nous notons une ébauche de signe du maquignon.

Toutefois, on note à ce moment (6 novembre 1934), une légère rétraction du tendon d'Achille gauche et un léger degré de gému-valgum à droite.

Le 17 novembre, l'enfant présente des selles teintées de sang qui redeviennent normales par le régime et l'utilisation d'ampho-vaccin.

L'examen radioscopique du tube digestif n'a mis en évidence aucune lésion digne d'être retenue.

Le traitement méthodiquement continué consiste en extension continue avec traitement d'épreuve dans lequel alternent les frictions mercurielles et l'Acétylarsan.

Le 18 février 1935, une tentative de marche aboutit à un échec absolu ; par contre, une radiographie faite en date du 13 février 1936, montre une diminution du pincement articulaire et la reconstitution d'un arc cervico-obturateur normal.

Mais, le 2 mars 1935, on note que le pied est en équinisme et maintenu dans cette position par la rétraction du triceps sural ; les masses musculaires du membre inférieur gauche présentent une atrophie indiscutable qu'il est difficile de mettre uniquement sur le compte de l'extension continue.

A ce moment-là, disparition des signes intéressant la hanche gauche ; l'aggravation de l'équinisme et de la rétraction du tendon d'Achille qui la cause, l'atrophie progressive du membre inférieur, font abandonner le diagnostic primitif de coxalgie possible et porter celui de poliomyélite antérieure aiguë de forme particulière.

L'examen électrique des membres inférieurs, fait le 3 avril, ne montre pas de réaction de dégénérescence en dépit de l'aspect clinique atrophique des masses musculaires examinées.

Le 11 avril 1935, il est possible de pratiquer chez la mère une prise de sang. Différentes réactions donnent les résultats suivants :

Hecht Bauer	—
Wassermann	—
Kahn : réaction de présomption	±
réaction normale	—
Muller	±
Meinicke : micro-réaction	++
macro-réaction	+
Vernes péréthynol n'a pas été fait.	

Le 25 mai 1935, l'enfant marche à peu près correctement, mais le pied se dévie en dehors et le 4 juillet on note une tendance au pied plat.

Le 16 août 1935, après avoir suivi un traitement mercuriel et arsenical méthodiquement fait, l'enfant sort.

Il n'est pas possible de le revoir avant le 10 juin 1937. A ce moment, le pied se présente sous le type classique du pied équin paralytique qu'il faudra traiter chirurgicalement. Mais comme l'état général de l'enfant laisse à désirer, on décide de faire suivre au petit malade une cure héliο-marine et de lui faire porter des chaussures orthopédiques.

Huit jours après il est ramené dans le service pour un coup de soleil consécutif à une insolation faite sous la direction de la mère sans aucune précaution. L'enfant reste dans le service pour cette brûlure jusqu'au 11 juillet.

Le 9 décembre 1937, il revient pour une tuméfaction sous-maxillaire droite (adénite consécutive à une carie de la première grosse molaire). La guérison de cette adénite est obtenue après ablation de la dent cariée.

Enfin, le 4 mai 1938, il est possible de revoir le petit malade et de le faire rentrer au service.

Le pied gauche est un pied bot vulgus avec léger équinisme, mais où domine surtout l'abduction. Le réflexe rotulien est aboli ; au niveau de la hanche aucune lésion.

Le 10 mai 1938, une radiographie du pied gauche ne montre pas de modification osseuse importante ; on note simplement une sub-luxation en avant de l'astragale.

L'examen électrique donne les résultats suivants : pas de modification importante de l'excitabilité galvanique ou faradique au niveau des membres inférieurs ; toutefois, à gauche, il convient de signaler une légère excitabilité galvanique dans le domaine poplité externe ; pas de modification de la formule.

Ces résultats contrastent étrangement avec les signes cliniques. C'est un membre inférieur paralytique que l'on a sous les yeux, avec attitude classique du pied consécutive à l'atrophie et à la rétraction musculaires.

On décide alors de pratiquer une arthrorise. Celle-ci est faite le 14 mai 1938, suivant la technique classique par prélèvement du greffon sur le tibia droit, dédoublement du tendon d'Achille et mise en place du greffon après que l'on a creusé le tunnel osseux auquel on a donné la direction voulue. Immobilisation du pied dans un plâtre préparé préalablement.

Suites opératoires normales.

Une radiographie de contrôle, de face et de profil montre que le greffon est correctement placé.

Le 18 août 1938, le plâtre est supprimé et le 31 l'enfant sort muni de chaussures montantes.

Depuis, en dépit de toutes les promesses faites par la mère, il a été impossible de revoir cet enfant en consultation dans le service ; on a pu savoir toutefois que le résultat anatomique et fonctionnel de l'arthrorise était aussi bon que possible.

EN RÉSUMÉ : Les lésions ont évolué en deux phases :

La première phase caractérisée par des signes identiques à ceux que l'on observe dans la coxalgie au début. Cette phase va du milieu septembre 1934 au 2 mars 1935.

La deuxième phase, (annoncée à vrai dire dès le 6 novembre 1934, par le début de l'équinisme avec rétraction du triceps sural gauche) a commencé le 2 mars. Il a été nécessaire de pratiquer une arthrorise postérieure.

Observation II

La jeune B... Suzy, âgée de 5 ans et 10 mois, entre le 26 janvier 1939, son médecin traitant (Docteur BRUNEL) l'adresse avec la lettre suivante : « La jeune B..., depuis quelques jours paraît-il, boite légèrement, souffre de la jambe droite et dans la marche lance le membre inférieur droit en avant et en dehors. L'enfant se plaint de la cheville. A l'examen je ne trouve rien à la cheville, mais la pression sur le grand trochanter et sur l'articulation coxo-fémorale droite est douloureuse. Je vous prie de vouloir bien l'examiner et faire le nécessaire s'il y a lieu, car j'ai peur d'une coxalgie au début. »

Les parents interrogés précisent que l'enfant se plaint de la cheville droite à la marche depuis environ un mois. Cette douleur aurait augmenté progressivement et la famille a remarqué que l'enfant comme l'indique le médecin « jetterait » le membre inférieur droit en avant et en dehors.

Au moment (Noël 1938) où la famille a constaté ces troubles, l'enfant ne présentait aucun épisode fébrile, mais en poussant l'interrogatoire à fond, la mère nous signale que, au début de décembre, l'enfant aurait présenté quelques incidents infectieux étiquetés « grippe » avec température à 38°-38°5 sans que la disparition des phénomènes infectieux aigus **fussent accompagnés ou suivis de troubles quelconques de la marche.**

Examen. — La marche s'effectue avec une boiterie légère à droite, la jambe droite est lancée d'abord en rotation externe puis le pied présente une bascule en valgus assez accentuée. Atrophie globale de tout le membre inférieur droit qui est plus marquée sur le mollet que sur la cuisse.

Dans la station debout, le pied droit a une tendance très nette à se mettre en valgus.

Examen enfant couchée : pas d'attitude vicieuse mais la force musculaire du membre inférieur droit est diminuée surtout dans les mouvements de flexion du pied.

Les réflexes sont absolument normaux.

Mensuration de la circonférence du mollet :

22 cm. 5 à gauche,

22 cm. à droite.

La hanche que le médecin traitant avait trouvée douloureuse ne l'est plus, les mouvements paraissent s'exécuter d'une façon normale.

Cette enfant est une enfant unique, elle est née après une grossesse normale. La mère n'a pas présenté de fausses couches et les parents seraient en bonne santé.

Dans les antécédents de la malade nous relevons : premiers pas à 11 mois, broncho-pneumonie à 4 ans, oreillons et varicelle à un moment qui n'a pu être précisé.

L'examen électrique des muscles et nerfs des membres inférieurs montre nous dit-on : des réactions normales au courant galvanique et faradique.

Par ailleurs, aucune autre lésion au niveau d'un quelconque des appareils.

L'examen clinique permet d'éliminer l'hypothèse d'une coxalgie qui avait été envisagée avec raison par le médecin traitant et le diagnostic porté est celui de séquelle de paralysie spinale infantile.

L'enfant est confiée au Professeur LAMARQUE qui l'a soumise à des séances de radiothérapie rachidienne et d'électrothérapie sur les muscles des membres inférieurs.

Le 18 février 1939, l'enfant sort du service très nettement améliorée, la marche est devenue à peu près normale de telle sorte qu'un observateur non prévenu ne saurait dire quel est le membre malade. Pourtant, à l'examen très attentif, on note encore une très légère chute du pied.

Le 18 avril, l'enfant revient en consultation, il n'est plus possible de retrouver le côté atteint, et le Professeur LAMARQUE consulté sur l'opportunité d'un nouveau traitement, estime qu'il n'y a pas lieu de le faire.

EN RÉSUMÉ : dans cette observation nous relevons trois phases :

Première phase : l'attention est attirée du côté de la hanche droite (douleur spontanée, douleur à la pression et boiterie). Il est vrai que trois semaines environ avant l'apparition de ces troubles, l'enfant aurait présenté des phénomènes fébriles étiquetés « grippe ».

Deuxième phase : elle débute très rapidement au moment de l'hospitalisation (26 janvier 1939) ; elle est caractérisée par la déviation du pied, l'atrophie du membre inférieur, sans modification des réactions électriques.

Troisième phase : consécutive à la thérapeutique (électrothérapie pour le membre inférieur, radiothérapie sur la colonne vertébrale). La restitution fonctionnelle est remarquable.

Observation III

La jeune B... Gisèle, âgée de 12 ans, entre le 20 mai 1939 dans le service pour douleur dans le genou droit.

Quatre jours auparavant, en rentrant de l'école, l'enfant a déclaré souffrir, à la marche, du genou.

La douleur paraît peu importante au début, mais le lendemain les plaintes de la malade sont plus vives ; les douleurs irradient dans la cuisse.

Dans les nuits du 17 au 18 et du 18 au 19 mai, cette douleur aurait entraîné de l'insomnie et se serait propagée vers le haut jusqu'à la hanche et vers le bas à la moitié supérieure de la jambe.

Examen. — L'enfant marche difficilement, immobilisant en quelque sorte l'articulation de la hanche et du genou droits. Sur la table d'examen, on arrive à obtenir une mobilisation complète du genou. La mobilisation de l'articulation de la hanche est également possible, mais les mouvements actifs et passifs sont limités, en particulier l'abduction et la flexion.

La palpation montre que la tête fémorale est à sa place, mais on réveille des points douloureux à la pression de la tête, du grand trochanter, de l'extrémité inférieure du fémur et de l'extrémité supérieure du péroné.

Intégrité apparente du grand sciatique, pas de douleur dans l'articulation sacro-iliaque.

Abdomen normal; toucher rectal négatif.

Micropoly-adénopathie inguinale bilatérale.

Du côté rachidien, ni déformation, ni douleur, ni contracture; légère cyphose dorsale souple.

Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont vifs.

Cette malade a déjà fait un premier séjour dans le service, du 27 septembre au 10 octobre 1937, pour une plaie infectée du genou gauche n'intéressant pas l'articulation, et ayant entraîné la production d'un abcès, cicatrisé après incision dans des conditions normales.

Nous n'avons pas d'autres renseignements sur les antécédents personnels de cette enfant qui est orpheline, elle a une sœur qui serait en bonne santé; nous ne pouvons savoir de quelle maladie sont morts ses parents.

L'interrogatoire et l'examen des différents appareils ne permettent pas de noter d'autres lésions. Signalons simplement que réglée depuis quatre mois, la malade l'a été régulièrement sauf pendant le mois de mars, où l'écoulement aurait duré tout le mois. Aucune infection génitale.

Ce tableau clinique est complété par un examen radiographique des hanches et des genoux; cet examen ne montre pas d'image pathologique.

Devant les résultats de l'interrogatoire et des différents examens un doute persiste quant à la nature exacte de la lésion, mais la localisation des phénomènes douloureux sur l'articulation

de la hanche impose une mise en observation avec traitement d'attente et on installe simplement une extension continue.

A signaler que l'enfant a présenté un léger mouvement fébrile atteignant 38° les deux premiers jours, mais n'excédant pas 37°5 les jours suivants.

Le 24 mai 1939, deux jours après la mise en extension continue, appliquée le 22, les douleurs spontanées ont disparu. Les douleurs provoquées dans la flexion de la hanche n'apparaissent que lorsque la flexion atteint 90 degrés, c'est le seul mouvement limité, les autres ne le sont plus.

Le 3 juin, le laboratoire donne les réponses aux différents séro :

Séro de Wright et gono-réaction sont négatifs.

Hecht-Bauer	—
Wassermann : avec antigène lipoidique	—
avec antigène cholestériné	—
Kahn : réaction de présomption.....	—
Kline : réaction de présomption	—
Antigène de Besredka	—
Antigène de Debains	—
Réaction de Vernes à la résorcine	13

Le 6 juin, malgré l'examen clinique négatif de l'abdomen, on fait pratiquer une radiographie du tube digestif qui ne révèle aucune lésion.

Le 22 juin, essai de marche, l'enfant ne souffre pas.

Le 5 juillet, au cours d'un nouvel examen, on note que la marche se fait sans douleur, mais qu'elle est défectueuse. Elle s'effectue à petits pas, l'enfant s'efforçant d'éviter de porter le poids du corps sur le membre inférieur droit.

Vue de dos immobile, l'enfant présente une inclinaison globale de la colonne vertébrale vers la droite, une inclinaison du même côté du pli inter-fessier qui se trouve donc oblique en bas et à gauche, et enfin, une grosse atrophie de la musculature de la fesse et du tiers supérieur de la cuisse droite.

Toutes les autres explorations sont négatives.

L'hypothèse envisagée est soit un trouble de la musculature du fessier en rapport avec une sciatique névrite ce qui paraît peu probable, soit avec une paralysie des muscles fessiers de tout autre origine que l'origine sciatique.

Un examen électrique permet de constater en date du 8 juillet, une hypo-excitabilité marquée des muscles et nerfs du membre inférieur droit.

On envisage alors l'hypothèse d'une paralysie spinale infantile, et l'enfant est confiée au Professeur LAMARQUE pour radiothérapie sur la colonne dorso-lombaire et traitement électrothérapeutique sur les muscles et nerfs du membre inférieur droit.

Le 28 juillet, le traitement est terminé ; il persiste une atrophie de un centimètre à la cuisse gauche et de un centimètre également au mollet. Les mouvements de la hanche sont normaux et à la marche, on ne note plus aucune douleur.

L'enfant est sortie le 30 juillet 1939, depuis nous n'avons plus eu de nouvelles.

EN RÉSUMÉ. — Dans cette observation nous distinguons trois phases :

Une première phase qui commence le 16 mai 1939, caractérisée par des douleurs localisées au genou, puis à la cuisse et à la hanche et s'accompagnant de boiterie. Cette phase s'étend semble-t-il jusqu'au 5 juillet.

Deuxième phase : le 5 juillet 1939, le tableau clinique est remplacé par celui d'une atrophie intéressant surtout les muscles fessiers avec hypo-excitabilité marquée des muscles et nerfs du membre inférieur droit.

La troisième phase commence le 28 juillet à la fin du traitement, elle est caractérisée par la reprise d'une marche normale avec persistance d'une atrophie musculaire nette à la cuisse droite et au mollet.

CHAPITRE II

A) Etude d'ensemble de ces trois cas

Dans chacun des cas rapportés ci-dessus l'évolution des lésions et des symptômes est superposable. Sans prodrome, sans traumatisme (sauf épisode fébrile du début décembre qui a précédé d'environ trois semaines l'apparition des phénomènes douloureux et de la boiterie, Observation II), ces malades ont présenté un tableau clinique à peu près identique, orientant le diagnostic vers l'hypothèse d'une lésion de l'articulation de la hanche dont la nature exacte était à préciser ; mais pour laquelle les signes constatés devaient faire retenir la possibilité d'une coxalgie.

Ce n'est qu'après une phase variable allant de quelques jours (Observation II) à un mois et demi (Observation I) et un mois et trois semaines (Observation III) qu'apparaissent les signes (atrophie musculaire, attitude vicieuse) faisant abandonner le diagnostic premier pour envisager celui de paralysie spinale infantile.

Encore faut-il remarquer que dans l'Observation I, le diagnostic exact a été fait beaucoup plus tard, en quelque sorte rétrospectivement.

Dans chacun de ces cas, les troubles paralytiques avec déviation du pied, peu marqués au début, se sont accentués progressivement.

Nous reviendrons sur ce point à propos de la discussion de chacune de ces observations.

Dans les Observations II et III, la thérapeutique classique : radiothérapie du rachis, électrothérapie des muscles et nerfs du membre inférieur intéressé, a donné un résultat absolument remarquable, tandis que dans l'Observation I où le diagnostic exact n'a été porté que beaucoup plus tard (3 avril 1935, sept mois après l'entrée de l'enfant dans le service, l'examen électrique des membres inférieurs n'avait indiqué aucune réaction de dégénérescence), le temps écoulé depuis le début des accidents n'a pas permis de mettre en œuvre radiothérapie et électrothérapie, aussi les lésions sont allées s'aggravant.

Dans cette phase de durée variable au cours de laquelle on pensait plutôt à une lésion de la hanche, en particulier à une coxalgie, le diagnostic envisagé paraissait pouvoir être solidement établi sur la douleur spontanée, la boiterie, la limitation des mouvements et même dans l'Observation I sur un certain degré d'atrophie osseuse épiphysaire décelée par la radiographie.

B) A propos du diagnostic

a) La lésion articulaire :

Nous ne croyons pas, étant donné les signes du début, qu'il eut été possible de porter un diagnostic différent de celui auquel on a pensé : arthrite de la hanche, mais nous devons préciser que, si dans le titre de notre thèse nous avons mis « forme d'apparence coxalgique » la symptomatologie n'aurait pas permis (le cas échéant) d'affirmer à elle seule, la nature tuberculeuse des lésions.

Dans les arthrites ou ostéoarthrites chroniques au début, ce n'est, on le sait, que par une observation attentive du malade, par des examens de laboratoire complémentaires, par des examens radiographiques répétés, par l'évolution de la maladie, quelquefois même par une thérapeutique d'épreuve que l'on peut compléter le diagnostic et dire quelle en est la cause exacte.

Dans les cas que nous rapportons, la disparition des symptômes articulaires et l'apparition des phénomènes paralytiques, ont fait rectifier le diagnostic.

b) La lésion nerveuse :

Dans les trois cas, l'évolution a fait abandonner le diagnostic primitif de lésion de la hanche et admettre l'existence d'une lésion du système nerveux.

Poliomyélite antérieure aiguë, infection d'autre nature du système nerveux médullaire, ou radiculite ?

Sans doute on peut nous objecter avec raison que dans aucun cas n'a été pratiqué d'examen du liquide céphalo-rachidien et que cet examen aurait pu apporter des renseignements intéressants pour affirmer ou infirmer tel ou tel diagnostic.

Malgré ce, il semble que les faits cliniques et thérapeutiques permettent d'admettre le diagnostic de poliomyélite antérieure.

1^o *Au point de vue clinique*, sauf dans l'Observation II, où il est noté que trois semaines avant l'apparition des troubles localisés sur le membre inférieur droit l'enfant a présenté une infection générale étiquetée grippe et disparue du reste très rapidement, dans les autres cas, aucun tableau d'infection générale n'a précédé les symptômes articulaires caractérisant le début apparent de la maladie.

— Les lésions ont été nettement unilatérales, ce qui est d'observation rare semble-t-il, dans des infections d'autre nature, intéressant soit la moelle, soit les racines.

— Les troubles sensitifs étaient absents.

— Les réflexes, conservés au début, modifiés seulement tardivement.

— Les douleurs ont disparu spontanément sans qu'une thérapeutique anti-infectieuse quelconque (vaccinothérapie, sérothérapie, chimiothérapie) ait été mise en œuvre.

Dans l'Observation I le traitement anti-syphilitique a été utilisé avec juste raison étant donné les anté-

cédents maternels, mais quoique continué longtemps et méthodiquement il n'a empêché en rien l'aggravation des lésions.

2^o *Au point de vue thérapeutique*, dans les deux cas où il a été possible de mettre en œuvre, au moment encore opportun, l'électrothérapie et la radiothérapie, on a enregistré la régression des phénomènes paralytiques ; dans le cas I seulement, cette thérapeutique n'a pu être mise en œuvre étant donné que le diagnostic a été corrigé trop tard.

C) Etude comparative des trois cas et des formes classiques de paralysie spinale infantile

Le diagnostic de paralysie spinale infantile admis, voyons en quoi ces cas se rapprochent ou s'éloignent de la forme classique de la paralysie spinale infantile.

I. — Ce qu'est la paralysie spinale infantile.

Nous rappelons que dans ses formes habituelles, la paralysie spinale infantile a une évolution toujours la même, en trois périodes : préparalytique, paralytique et de régression.

1^o **La période préparalytique**, d'une durée moyenne de quatre jours, est caractérisée par des signes d'infection générale avec troubles digestifs assez importants. Ces phénomènes s'accompagnent de troubles sensitifs (douleurs), de signes méningés avec liquide clair à la ponction et, assez fréquemment, de diminution ou d'abolition des réflexes tendineux.

2^o **La période de paralysie** suit ou accompagne en général la chute brutale de la température. La paralysie, d'étendue variable suivant les cas, atteint le **plus souvent en quelques heures son maximum** et ne progresse plus dans la suite.

Nous ne décrirons pas le tableau clinique des différents types de paralysie, que l'on peut observer ; rappelons simplement qu'en même temps qu'apparaît la paralysie, on enregistre l'abolition des réflexes tendineux, l'abolition ou la diminution des réflexes cutanés et une atrophie musculaire précoce.

3^o **La période de régression** : la paralysie régresse plus ou moins et le plus souvent rapidement.

Ces régressions se font suivant un type bien connu sur lequel nous n'insistons pas.

Cette phase de régression aboutit à la période de paralysie définitive et de déformation.

Si dans la forme commune, la phase paralytique est précédée par une phase préparalytique, il existe une forme sans prodrome. L'enfant couché, le soir, avec toutes les apparences d'une bonne santé, se réveille le lendemain matin paralysé.

Notons pour être complet que l'on a décrit :

a) Suivant la localisation : des formes méningées, bulbo-protubérantielles, cérébrales, qui ne nous intéressent pas directement ici.

b) Suivant la marche de la maladie : des formes généralisées, frustes ou abortives, ces dernières peuvent ne laisser, même non traitées, aucune séquelle apparente.

c) Suivant les symptômes : des formes anormales (douloureuses avec asthénie, myélitiques). On signale en particulier, dans ces dernières, des paralysies flasques ou spasmodiques d'emblée, qui sont toujours d'un pronostic très grave.

II. — Etude comparative proprement dite.

Les observations que nous rapportons se distinguent des formes habituelles par plusieurs points :

1^o **Mode début tout à fait anormal** : douleurs, boiterie, limitation des mouvements, attirent l'attention sur une hanche.

Il est difficile de ranger ces cas dans les formes douloureuses névritiques. Les douleurs éprouvées, en effet, par les petits malades ont cessé très rapidement sans thérapeutique aucune et ne se sont accompagnées d'aucun autre signe nerveux.

2^o **Apparition insidieuse** de la paralysie alors que dans les formes habituelles la paralysie frappe brutalement.

3^o **Evolution de la paralysie** : dans les trois cas que nous rapportons les troubles paralytiques légers au début, sont allés s'accroissant progressivement. Dans la forme ordinaire, la paralysie qui occupe d'emblée un territoire plus ou moins important, régresse partiellement sinon complètement.

Nous trouvons un exemple de cette aggravation progressive dans une autre observation du service de Chirurgie Infantile et Orthopédie que nous résumons ici succinctement.

Observation IV

Ch... Noël, âgé de 4 ans, entre le 10 novembre 1936, dans le service de Chirurgie Infantile et Orthopédie, pour boiterie du membre inférieur gauche.

Le début apparent se serait fait en août, sans prodrome aucun ; la mère, un matin, constate au réveil, que le membre inférieur gauche fléchit à la marche.

Il n'y a eu ni épisode infectieux, ni poussée fébrile, ni malaise général, ni paralysie nette. L'enfant a toujours marché et la famille rapporte les troubles présentés par cet enfant à un bain froid pris trois jours auparavant.

Depuis août 1936, les troubles sont allés en s'accroissant, l'atrophie musculaire du mollet gauche a progressé rapidement.

Examen enfant debout : le pied gauche est en varus équin, il existe une atrophie importante des masses musculaires du membre inférieur gauche en entier, sans aucun raccourcissement.

A la marche, très léger fléchissement du membre inférieur gauche.

Réflexes normaux des deux côtés. Force segmentaire diminuée au membre inférieur gauche ; les articulations de la hanche, du cou-de-pied, du genou ont conservé leurs mouvements normaux. Rachis souple sans déformation.

L'examen radiographique des hanches montre une atrophie discrète de l'extrémité supérieure du fémur gauche particulièrement apparente au niveau du bourgeon épiphysaire.

A signaler que l'examen des différents appareils permet de noter du côté de l'appareil digestif, une diminution de l'appétit ; du côté de l'appareil urinaire, de l'incontinence nocturne d'urine ; et qu'au point de vue nerveux, l'enfant présente fréquemment de l'agitation nocturne avec cris.

Cet enfant appartient à des parents en apparence en bonne santé. La mère nous déclare que la grossesse et l'accouchement ont été normaux ; qu'elle a perdu un garçon mort à 18 mois de broncho-pneumonie et qu'elle a une fille plus jeune que le petit malade ; cette fille serait de santé assez fragile.

Le traitement classique est institué : six séances de radiothérapie sur le rachis, vingt séances d'électrothérapie sur les muscles et nerfs du membre inférieur. L'enfant sort le 8 décembre 1936, nettement amélioré.

Il revient le 23 mars 1937, souffrant de la hanche gauche et présentant une limitation très nette de tous les mouvements avec douleur à la pression de la tête fémorale.

La radiographie montre des lésions d'ostéochondrite.

Le traitement institué consiste en extension et abductions, opothérapie totale et frictions mercurielles.

Le 5 avril 1937, l'enfant sort, il continuera chez lui le même traitement.

Depuis, aucune nouvelle du petit malade.

Autres discordances.

Aux différences basées sur :

1^o La présence d'une phase clinique d'allure articulaire.

2^o L'apparition insidieuse de la paralysie.

3^o Son aggravation progressive.

Ajoutons celles qui concernent les réflexes et les résultats des réactions électriques.

Réflexes. — Dans la forme classique les réflexes sont le plus souvent diminués ou abolis.

Dans les cas que nous rapportons, ils persistent pendant un temps assez long et ne sont que très tardivement atténués ou abolis.

Réactions électriques. — Dans les formes classiques de paralysie spinale infantile on note une réaction de dégénérescence précoce qui peut disparaître, au moins partiellement, au fur et à mesure que la régénération se fait.

Dans nos trois observations, malgré une aggravation de la paralysie et une atrophie musculaire indiscutable, l'examen électrique fait par le Professeur LAMARQUE et ses collaborateurs, a montré que bien souvent les signes de dégénérescence étaient nuls ou à peine ébauchés.

C'est ainsi que dans l'Observation I, alors que les phénomènes paralytiques et la déviation du pied ont mis dans l'obligation de pratiquer une arthrorise, l'examen électrique donne les résultats suivants : « pas
« de modification importante de l'excitabilité galva-
« nique ou faradique au niveau des membres inférieurs ;
« toutefois, à gauche, il convient de signaler une légère
« excitabilité galvanique dans le domaine poplité ex-
« terne ; pas de modification de la formule. »

Dans l'Observation II, l'examen électrique des muscles et nerfs des membres inférieurs montre des réactions normales au courant galvanique et faradique.

Dans l'Observation III, c'est seulement le 8 juillet, alors que la lésion a débuté le 20 mai, que l'on note une hypo-excitabilité marquée des muscles et nerfs du membre inférieur droit.

Cette discordance entre l'examen clinique et l'examen électrique est bien faite pour retenir l'attention. Il est permis de se demander si ce moyen d'exploration, si utile à certains égards, n'est pas dans certains cas, d'une sensibilité insuffisante et si la chronaxie ne permettrait pas de préciser plus exactement la valeur des muscles et nerfs.

Concordance.

Nous enregistrons par contre la concordance des résultats thérapeutiques obtenus par la radiothérapie et l'électrothérapie.

En effet, dans les Observations II et III, la mise en œuvre de ces deux moyens de traitement a permis d'obtenir une régression quasi-totale des phénomènes paralytiques.

Nous rappelons, que si dans l'Observation I on n'a utilisé ni radiothérapie rachidienne, ni électrothérapie des membres inférieurs, c'est qu'il était trop tard pour espérer que ces moyens de traitement donneraient un résultat quelconque.

D) S'agit-il d'une forme particulière de paralysie spinale infantile ?

Il serait bien audacieux de vouloir, uniquement avec ces trois observations, décrire une forme particulière de paralysie spinale infantile, qui se rapprocherait par bien des points des formes douloureuses classiques décrites. Il faudrait pour édifier un chapitre nouveau des documents autrement nombreux et longuement étudiés.

Ces réserves faites, nous ne pouvons pas ne pas être frappé par le début apparent d'une paralysie spinale infantile qui prend le masque d'une lésion articulaire coxo-fémorale d'allure infectieuse, et qui rappelle par ses signes, la coxalgie au début.

Ce sont là, considérations dignes d'être retenues, car persister dans l'erreur de diagnostic et méconnaître la paralysie spinale infantile c'est laisser passer l'heure favorable (voir Observation I) du traitement classique (radiothérapie, électrothérapie) qui, dans les Observations II et III a permis d'obtenir pratiquement, une régression complète des lésions.

Cette forme serait caractérisée en outre par le début insidieux et l'extension progressive de la paralysie.

CHAPITRE III

CONCLUSIONS

1) Les trois cas dont nous rapportons l'histoire paraissent bien trois cas de paralysie spinale infantile.

2) Ils se distinguent des formes habituelles :

a) Par une première phase clinique d'apparence articulaire pouvant faire porter le diagnostic de coxalgie.

b) Par le début insidieux de la paralysie.

c) Par l'extension progressive de celle-ci.

d) Par la persistance des réflexes tendineux et l'absence, pendant très longtemps, de réaction de dégénérescence.

3) Ils s'en rapprochent pour les Observations II et III par l'efficacité du traitement mis en œuvre en temps opportun (radiothérapie sur le rachis, électrothérapie sur les muscles et nerfs du membre inférieur intéressé.)

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	7
Introduction	9

CHAPITRE I

Observations	11
---------------------------	----

CHAPITRE II

A) Etude d'ensemble de ces trois cas	23
B) A propos du diagnostic	25
C) Etude comparative des 3 cas et des formes classiques de paralysie spinale infantile	27
I) S'agit-il d'une forme particulière de paralysie spinale infantile	34

CHAPITRE III

Conclusions	35
--------------------------	----

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Et, ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Trois cas de Paralyse Spinale
infantile à début anormal
(forme Pseudo-Coxalgique)*

par Jean ETIENNE.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 15 Septembre 1939.

Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu :

Montpellier, le 15 Septembre 1939

Le Doyen,
EUZIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 15 Septembre 1939.

Le Recteur,
PARISELLE.

